



### Instructions for request of Medical Records

**(Includes all medical records for all EPCH locations: Hospital, Multi-Specialty Center, Urgent Care, Emergency Room and Behavioral Health Centers)**

**1. Please complete an authorization form, to include the following information:**

- **What dates are you requesting:** Please list specific dates. If you do not remember the specific dates, please indicate at least a time-frame such as last month, last six months, etc.
- **What records are you requesting?** Mark the documents that you are requesting. Test results when marked individually are generally for specific dates of service as indicated in the next section.

**2. Is the request is for continuation of care?**

- Please provide the provider/ facility fax in the request for a quicker turnaround.

**3. Who will receive the records?**

- Complete the Disclosure Details section to indicate where and to whom the records are to be sent. If records are being sent to someone other than the patient, then specify whom the records should be released to.

**4. If records are going to be picked up** by someone other than the patient, the name of the individual picking up the records should be listed: Please complete the name, phone number, address of the individual who will be picking up your medical records, to be shown at the time of picking up the medical records. As of right now we will be mailing records, but if you would prefer to pick up, please have the information desk call us.

**5. Patient/Personal Representative Signature:** This form should be signed by the patient. If the patient is unable to sign and the request is being made by an authorized personal representative of the patient (parent of a minor, person named on Power of Attorney, executor of estate, etc.), the Personal Representative should sign and date the form. Please provide printed name and relationship to the patient. Supporting legal documentation must accompany this authorization form when signed by a personal representative.

**6. If you are requesting records related to the EPCH Radiology or Billing, please contact the department directly.\*\***

A driver's license or photo ID will be required prior to the release of records.

<b>Health Information Management Department</b>	
<b>Hours:</b>	8:00 a.m. - 4:30 p.m.
<b>Phone:</b>	(915) 242-8575
<b>Fax:</b>	(915) 242-8574
<b>Email:</b>	<a href="mailto:EPCHMedicalRecords@elpasochildrens.org">EPCHMedicalRecords@elpasochildrens.org</a>

**\*\*Billing records are NOT kept in the Health Information Management Department. If you are requesting billing records only, please contact Patient Financial Services (915)242-8550.**

**\*\* Radiology images are NOT kept in the Health Information Management Department. If you are requesting radiology images only, please contact the Radiology Department (915)242-8353.**



## Instrucciones para solicitar Registros Medicos

**(Incluye todos los registros médicos de todas las ubicaciones de EPCH: Hospital, Centro de Especialidades Múltiples, Atención de Urgencia, Sala de Emergencias y Centros de Salud Conductual)**

1. Complete un formulario de autorización para incluir la siguiente información:
  - **Qué fechas solicita:** indique las fechas específicas. Si no recuerda las fechas específicas, indique al menos un período de tiempo, como el último mes, los últimos seis meses, etc.
  - **¿Qué registros solicita?** Marque los documentos que solicita. Los resultados de las pruebas cuando se marcan individualmente son generalmente para fechas de servicio específicas como se indica en la siguiente sección.
2. **¿La solicitud es para la continuación de la atención?**
  - Proporcione el fax del proveedor / centro en la solicitud para un tiempo de respuesta más rápido.
3. **¿Quién recibirá los registros?**
  - Complete la sección Detalles de divulgación para indicar dónde y a quién se enviarán los registros. Si los registros se envían a otra persona que no sea el paciente, especifique a quién deben entregarse los registros.
4. **Si los registros van a ser recogidos por otra persona** que no sea el paciente, se debe incluir el nombre de la persona que retira los registros: Complete el nombre, el número de teléfono y la dirección de la persona que recogerá sus registros médicos, a mostrarse en el momento de retirar la historia clínica. A partir de este momento, enviaremos los registros por correo, pero si prefiere recogerlo, solicite al mostrador de información que nos llame.
5. **Firma del paciente / representante personal:** este formulario debe estar firmado por el paciente. Si el paciente no puede firmar y la solicitud la realiza un representante personal autorizado del paciente (padre de un menor, persona nombrada en el poder, albacea, etc.), el representante personal debe firmar y fechar el formulario. Proporcione el nombre impreso y la relación con el paciente. La documentación legal de respaldo debe acompañar a este formulario de autorización cuando esté firmado por un representante personal.
6. **Si solicita registros relacionados con EPCH Radiología o Facturación, comuníquese directamente con el departamento.\*\***  
Se requerirá una licencia de conducir o una identificación con foto antes de la divulgación de los registros.

Health Information Management Department /	
<b>Departamento de Gestión de Información de Salud</b>	
<b>Horas:</b>	8:00 a.m. - 4:30 p.m.
<b>Tel:</b>	(915) 242-8575
<b>Fax:</b>	(915) 242-8574
<b>Email:</b>	<a href="mailto:EPCHMedicalRecords@elpasochildrens.org">EPCHMedicalRecords@elpasochildrens.org</a>

\*\* Los registros de facturación NO se guardan en el Departamento de Gestión de Información de Salud. Si solo solicita registros de facturación, comuníquese con Servicios Financieros para Pacientes (915)242-8550.

\*\* Las imágenes de radiología NO se guardan en el Departamento de Gestión de Información de Salud. Si solo solicita imágenes de radiología, comuníquese con el Departamento de Radiología (915)242-8353.